

## مقایسه خود آسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان: مرور نظام‌مند

دکتر میترا حکیم شوشتری<sup>(1)</sup>، حمید خانی‌پور<sup>(2)</sup>

### چکیده

**هدف:** هدف این مقاله مرور نظام‌مند پژوهش‌های اخیر با موضوع خود آسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان بود. **روش:** کلیدواژه‌های «اقدام به خودکشی»، «خودجرحی بدون خودکشی»، «خودجرحی» و «خود آسیب‌رسانی عمدی» در پایگاه‌های Pubmed و PsycINFO جست‌وجو شد. از بانک‌های اطلاعاتی SID و شبکه تحقیقات سلامت روان (MHRN) نیز برای یافتن منابع داخلی استفاده شد. از میان 120 مطالعه انگلیسی‌زبان گردآوری شده، پس از حذف مقاله‌های نامرتبط، 30 مقاله بر اساس طرح مطالعه، گروه نمونه و اهداف انتخاب شدند. مقاله‌های فارسی یافت‌شده جداگانه بررسی شدند. **یافته‌ها:** اقدام خودکشی را می‌توان بر اساس شدت خود آسیب‌رسانی پیش‌بینی کرد. عوامل خطر مشترک زیادی در مورد دو رفتار خود آسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی وجود دارد. شدت نشانه‌های افسردگی، فراوانی تشخیص‌های اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی بیشتر از نوجوانان خود آسیب‌رسان است. نقایص تنظیم هیجانی و کاهش ترس از مرگ بر اثر تکرار خود آسیب‌رسانی دو عامل تبیین‌کننده ارتباط خود آسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی هستند. **نتیجه‌گیری:** تفاوت خود آسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی یک تفاوت کمی است، اما انگیزه‌های خود آسیب‌رسانی با اقدام به خودکشی تفاوت دارد. **کلیدواژه:** خود آسیب‌رسانی؛ اقدام به خودکشی؛ نوجوانان؛ مرور نظام‌مند

[ دریافت مقاله: 1391/9/26؛ پذیرش مقاله: 1392/1/21 ]

### مقدمه

روانی - اجتماعی هستند که در دوره نوجوانی شیوع بالایی دارند. در کشورهای مختلف، خودکشی در نوجوانان یکی از عوامل اصلی مرگ و میر است. گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC)<sup>(4)</sup> نشان می‌دهد 15 درصد نوجوانان 14-18 ساله آمریکایی عمیقاً به خودکشی فکر می‌کنند و 7 درصد آنها سابقه اقدام به خودکشی دارند (1). پژوهش‌هایی که در شهرهای مختلف ایران (ایلام و کوهدشت) انجام شده، نشان می‌دهد بیشترین میزان خودکشی در گروه سنی 10-20 سال رخ می‌دهد (2). در سال‌های اخیر،

خود آسیب‌رسانی<sup>1</sup> روشی نامناسب برای مواجهه با مشکلات هیجانی، خشم و ناکامی است. اگرچه این رفتار ابتدا باعث کاهش تنش و احساس آرامش می‌شود، فرد پس از آن با احساس گناه، شرمندگی و بازگشت احساسات منفی روبه‌رو می‌شود. خود آسیب‌رسانی بیشتر تکانشی است و ممکن است ناشی از مشکلات روانپزشکی مختلفی، مانند افسردگی، اختلالات خوردن<sup>2</sup> و اختلال شخصیت مرزی<sup>3</sup> باشد. خود آسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی از جمله مشکلات

(1) فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران؛

(2) دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، بزرگراه همت غرب، دهکده المپیک، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی علامه طباطبائی، دورنگار: 021-22180045

(نویسنده مسئول) E-mail: [khanipur.hamid@gmail.com](mailto:khanipur.hamid@gmail.com)

1- self-harm  
2- eating disorders  
3- borderline personality disorder  
4- Centers for Disease Control and Prevention

پژوهشگران حوزه‌های بهداشت روان به رفتارهای مرتبط با خودآسیب‌رسانی بیشتر توجه کرده‌اند. این رفتارها به‌عنوان یکی از طبقات تشخیصی جدید، با عنوان خودجرحی بدون خودکشی (NSSI)<sup>1</sup>، برای درج در طبقات تشخیصی پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)<sup>2</sup> (3) منظور شده است.

خودآسیب‌رسانی به رفتارهایی عمدی گفته می‌شود که موجب آسیب بدن می‌شوند، از دید اجتماعی غیرقابل قبول هستند و با هدف غلبه بر آشفتگی هیجانی انجام می‌شوند (4). بر اساس این تعریف، رفتارهایی مانند خالکوبی کردن، سوراخ کردن بدن یا زخمی کردن پوست که بر اساس سنت و فرهنگ خاصی انجام می‌شوند، خودآسیب‌رسانی تلقی نمی‌شوند (4). نخستین واژه‌ای که برای توصیف این وضعیت به کار گرفته شد، خودمعیوب‌سازی<sup>3</sup> بود که به دلیل ماهیت تحقیرآمیز و منفی آن کمتر استفاده می‌شود. در اروپا، برای اشاره به خودآسیب‌رسانی، و به‌ویژه تحت تأثیر پژوهش‌های متخصصان خودکشی در انگلیس، از واژه خودآسیب‌رسانی عمدی (DSH)<sup>4</sup> استفاده شده است. خودآسیب‌رسانی عمدی شامل تمام رفتارهایی است که به‌نحوی موجب آسیب به خود می‌شوند؛ مانند خودزنی<sup>5</sup>، سوزاندن بدن، مصرف بیش از حد مواد<sup>6</sup>، پریدن از جاهای بلند و خودمسموم‌سازی<sup>7</sup>. در تعریف این رفتار به داشتن یا نداشتن انگیزه خودکشی توجه نمی‌شود. در آمریکای شمالی از واژه‌هایی مانند شبه خودکشی<sup>8</sup>، خودشکست‌دهی، خودجرحی<sup>9</sup> و خودجرحی بدون خودکشی برای ارجاع به خودآسیب‌رسانی استفاده شده است. خودجرحی بدون خودکشی بیشتر به رفتارهایی اطلاق می‌شود که موجب آسیب به بافت‌های سطحی بدن، به‌ویژه پوست می‌شوند و نداشتن انگیزه خودکشی به‌صورت صریح، در تعریف گنجانده شده است.

بر اساس تعریف‌های مختلف، میزان شیوع این گونه رفتارها، متفاوت است. شیوع خودآسیب‌رسانی در نمونه‌ای از نوجوانان عادی شهرهای آمریکا، با به‌کارگیری یک پرسش درباره استفاده آگاهانه از روش‌های آسیب به خود - در ترکیب با یک پرسشنامه غربالگری 24 گویه‌ای، که روش‌های مقابله با استرس را می‌سنجید - و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، 14 درصد گزارش شده است (5). مطالعه خودآسیب‌رسانی کودکان و نوجوانان در اروپا (CASE)<sup>10</sup> شیوع 12 ماهه خودآسیب‌رسانی عمدی (شامل خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی) را در 7 کشور

شرکت‌کننده در پژوهش از 2/7 درصد تا 7/3 درصد گزارش کرده است (6). شیوع رفتارهای خودآسیب‌رسانی در نمونه بالینی نوجوانان آمریکا نیز 30-40 درصد گزارش شده است (7). الگوهای متعددی برای تعریف و طبقه‌بندی خودآسیب‌رسانی وجود دارد. خودآسیب‌رسانی به چهار دسته تقسیم شده است (7): 1- خودآسیب‌رسانی کلیشه‌ای<sup>11</sup> که مختص کودکان دچار اختلال‌های نافذ رشد (مانند اوتیسم)<sup>12</sup> و کم‌توانی ذهنی<sup>13</sup> است. 2- خودآسیب‌رسانی عمدی<sup>14</sup> که شامل موارد شدید و مرگ‌آفرین آسیب به اندام‌ها، مانند دستگاه تناسلی و چشم، است. 3- خودآسیب‌رسانی اجبارگونه<sup>15</sup> که شامل رفتارهای آیینی<sup>16</sup> و تکرار شونده است و ممکن است هر روز چندین بار انجام شود، مانند کندن وسواس‌گونه مو. 4- خودآسیب‌رسانی تکانشی<sup>17</sup> که به‌صورت رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه، مانند خودزنی و خودسوزی، تعریف می‌شوند که احتمالاً برای رهایی از حالات روانی و هیجانی غیرقابل تحمل انجام می‌شود. فاوازا<sup>18</sup> برای ارجاع به خودجرحی از واژه خودمعیوب‌سازی استفاده کرده است و برای این رفتار یک طبقه تشخیصی مجزا، با عنوان نشانگان خودمعیوب‌سازی تکرار شونده<sup>19</sup>، پیشنهاد کرده است و آن را جزء گروه اختلال‌های کنترل تکانه طبقه‌بندی می‌کند (8). در یک طبقه‌بندی تشخیصی دیگر، والش<sup>20</sup> (4) رفتارهای خودآسیب‌رسانی مختلف را به دو دسته مستقیم<sup>21</sup> و غیرمستقیم<sup>22</sup> تقسیم کرده است. خودآسیب‌رسانی مستقیم به رفتارهایی اشاره دارد که به‌طور مستقیم موجب صدمه به بافت‌ها می‌شوند و تیت رفتار به‌صورت کلی مشخص است (مانند خودزنی، اقدام به خودکشی و خودسوزی) و خودآسیب‌رسانی غیرمستقیم به رفتارهایی اشاره دارد که در آنها اثر صدمه بعدها مشخص می‌شود و انگیزه اصلی مشخص نیست (مانند انواع رفتارهای خطر جویانه، پرخوری، سوء مصرف مواد و رفتارهای پرخطر جنسی).

1- nonsuicidal self-injury

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

4- deliberate self-harm

6- overdose

8- parasuicide

10- Child and Adolescent Self-harm in Europe

11- stereotypic

13- mental retardation

15- compulsive

17- impulsive

19- repetitive self-mutilation syndrome

20- Walsh

22- indirect

3- self-mutilation

5- self-cutting

7- self-poisoning

9- self-injury

12- autism

14- major

16- ritualistic

18- Favazza

21- direct

باشد. معیارهای خروج از فرایند مرور نیز عبارت بودند از:

- 1- یکسان فرض کردن اقدام به خودکشی و خودآسیب‌رسانی؛
- 2- ارتباط داشتن به دامنه سنی غیر از نوجوانی؛ 3- روش پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی و مداخلات دارویی و غیردارویی برای خودآسیب‌رسانی و اقدام خودکشی. از میان 120 مطالعه انگلیسی‌زبان گردآوری شده، پس از حذف مقاله‌های نامرتبط، 30 مقاله بر اساس طرح مطالعه، گروه نمونه و اهداف دسته‌بندی شدند. از جست‌وجوی منابع فارسی با کلید واژه‌های خودجرحی و خودآسیب‌رسانی تنها یک مقاله و با کلید واژه خودکشی 50 مقاله یافت شد که 4 مورد آن به افکار و اقدام به خودکشی در دوره نوجوانی مربوط بود. دسته‌بندی مقاله‌ها توسط مؤلفان انجام شد. مقاله‌های گردآوری شده از نظر موضوعی دسته‌بندی شدند و بر اساس آنها به پرسش‌های پژوهش پاسخ داده شد. نتیجه‌گیری بر پایه بررسی نتایج مشابه در مطالعات مختلف انجام شد. به دلیل دسترسی نداشتن به متن کامل، در 5 مورد، به چکیده مقاله‌ها بسنده شد.

### یافته‌ها

در ارتباط و افتراق خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در گروه نوجوانان، بر اساس کارکردها و عوامل خطر، پنج مقوله شناسایی شد: «تفاوت در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، نیت، تکرار عمل و رویدادهای تنش‌زای زندگی»، «مقایسه نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی با و بدون سابقه خودآسیب‌رسانی»، «مقایسه عوامل خطر اقدام به خودکشی با خودآسیب‌رسانی»، «ارتباط و افتراق اقدام به خودکشی از خودآسیب‌رسانی بدون خودکشی» و «مقایسه کارکردها و انگیزه‌ها» (جدول 1). همچنین مجموعه مطالعاتی که در ایران روی اقدام به خودکشی و خودآسیب‌رسانی نوجوانان ایرانی انجام شده بود، به عنوان یک مقوله مجزا بررسی شد. در ادامه هر یک از این مقوله‌ها تشریح می‌شوند.

در دو دهه اخیر، پژوهش‌های زیادی درباره خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی انجام شده است و مدل‌های جدیدی برای تبیین این نوع رفتارها در نوجوانان و ارتباط و افتراق آن از اقدام به خودکشی ارائه شده است. هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط و افتراق خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان بود. مطالعه مروری حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این پرسش‌ها بود: 1- مقوله‌های روان‌شناختی مشابه و متفاوت در خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی کدامند؟ 2- آیا ممکن است خودآسیب‌رسانی با اقدام به خودکشی همراه باشد؟ 3- علل ارتباط خودآسیب‌رسانی با اقدام به خودکشی چیست؟ و 4- چگونه می‌توان خودآسیب‌رسانی را از اقدام به خودکشی متمایز کرد؟

### روش

بررسی حاضر مرور نظام‌مند پژوهش‌های پیشین بود. از منابع آرشیوی که تحقیقات علوم رفتاری و روانپزشکی در آن نمایه می‌شوند، برای گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای بررسی منابع داخلی، از منابع اطلاعاتی SID و شبکه تحقیقات سلامت روان (MHRN) استفاده شد. با انتخاب دوره زمانی 2000-2012، مقاله‌هایی که با کلیدواژه‌های اقدام به خودکشی (suicide attempt)، خودجرحی بدون خودکشی (nonsuicidal self-injury)، خودجرحی (self-injury) و خودآسیب‌رسانی عمدی (deliberate self-harm) در پایگاه Pubmed و PsycINFO نمایه شده بودند، گردآوری شدند. معیارهای ورود به فرایند مرور عبارت بودند از: 1- موضوع به خودآسیب‌رسانی، اقدام به خودکشی یا مقایسه این دو رفتار مرتبط باشد؛ 2- از ابزارهای تشخیصی استاندارد برای سنجش و ارزیابی استفاده شده باشد؛ 3- خودآسیب‌رسانی به صورت عملیاتی تعریف شده باشد؛ 4- عوامل پیش‌بینی‌کننده خودجرحی و اقدام به خودکشی را در نوجوانان بررسی کرده

جدول 1- موضوعات مرتبط با تفاوت‌های خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان

موضوع	نوع مطالعه	نمونه	تعداد مطالعات
تفاوت در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، نیت، تکرار عمل و رویدادهای تنش‌زای زندگی	همبستگی (مقطعی طولی)	جمعیت عادی، بیماران بستری	9
مقایسه نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی با و بدون سابقه خودآسیب‌رسانی	همبستگی (مقطعی طولی)	جمعیت عادی، بیماران بستری	8
مقایسه عوامل خطر اقدام به خودکشی با خودآسیب‌رسانی	همبستگی (مقطعی طولی)	جمعیت عادی، بیماران بستری	6
ارتباط و افتراق اقدام به خودکشی از خودآسیب‌رسانی بدون خودکشی	همبستگی (مقطعی)	جمعیت عادی، بیماران بستری	6
مقایسه کارکردها و انگیزه‌ها	همبستگی (مقطعی)	جمعیت عادی، بیماران بستری	4
پژوهش‌های خودجرحی و اقدام به خودکشی نوجوانان ایرانی	همبستگی (مقطعی)	جمعیت عادی، بیماران بستری	5

## 1- تفاوت در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، نیت، تکرار عمل و رویدادهای تنش‌زای زندگی

نخستین مطالعاتی که به مقایسه خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی پرداخته‌اند، بر اساس تعریف و ضابطه‌مندی فاوازا (8) از خودآسیب‌رسانی بودند. خودآسیب‌رسانی در سه ویژگی کشندگی کمتر، تکرار بیشتر و انگیزه کم برای خودکشی با اقدام به خودکشی فرق دارد. به صورت کلی، در بیشتر پژوهش‌های مقایسه‌ای این دو رفتار مشخص شده است که خودآسیب‌رسانی ماهیت مزمن‌تری دارد و در دفعات بیشتری تکرار می‌شود. نیت و انگیزه نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی بیشتر با مرگ و مردن مرتبط است، در حالی که در خودآسیب‌رسانی، انگیزه اصلی رها شدن از آشفتگی‌های روانی است (9).

در جمعیت عادی و بالینی، شیوع<sup>1</sup> خودجرحی بدون خودکشی بالاتر از اقدام به خودکشی است (10، 11). برای مثال، در یک نمونه 1500 نفری جمعیت عمومی نوجوانان، شیوع در طول عمر خودجرحی 14 درصد و اقدام به خودکشی چهار درصد بود (11). احتمال اقدام به خودکشی در دختران نوجوان بیشتر از پسران است، اما درباره تفاوت جنسیتی در خودجرحی بدون خودکشی یافته‌ها ناهمگون است (12). سطح تحصیلات نوجوانانی که اقدام به خودجرحی بدون خودکشی می‌کنند، بالاتر از نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی است (11).

فراوانی رویدادهای تنش‌زای زندگی در نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی بیشتر است و ماهیت این رویدادها در ارتباط با خودکشی اعضای خانواده، دوستان یا آزار جنسی است، در حالی که در نوجوانان خودآسیب‌رسان، این رویدادها بیشتر شامل مشکلات مدرسه، درگیری و دعوا با هم‌کلاس‌ها و اختلاف با والدین درباره مسائلی مانند استقلال و خودمختاری است (13). قربانیان آزار جنسی در معرض خطر بیشتری برای خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی هستند. به طور تقریبی، خطر اقدام به خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسانی در نوجوانان دارای سابقه آزار جنسی، سه برابر نوجوانان بدون سابقه آزار جنسی است (14). همچنین تجربه آزار جنسی و جسمی احتمال اقدام به خودکشی را در نوجوانان دارای سابقه خودآسیب‌رسانی افزایش می‌دهد (15).

## 2- مقایسه عوامل خطر اقدام به خودکشی با خودآسیب‌رسانی

قدمت پژوهش‌های مرتبط با اقدام به خودکشی بیشتر از پژوهش‌های مرتبط با خودآسیب‌رسانی است. دو گروه از نوجوانان بیشتر در معرض خطر اقدام به خودکشی هستند: 1- نوجوانان بسیار باهوش و کمال‌گرایی که تنها و منزوی هستند و نمی‌توانند معیارهای کمال‌گرایانه خود یا افراد مهم زندگی‌شان را برآورده کنند؛ و 2- گروهی که به لحاظ سنی در محدوده نوجوانی پایانی قرار دارند، گرایش‌های ضداجتماعی دارند و ناخشنودی خود را از راه تهدید و ارباب، جنگ و ستیز و دزدی، رفتارهای خطرجویانه مختلف و سوء مصرف مواد نشان می‌دهند (16).

مهم‌ترین عامل خطر اقدام به خودکشی در نوجوانان، ابتلا به اختلالات روانی است. در 88 درصد از موارد اقدام به خودکشی، دست کم یک اختلال روانپزشکی قابل تشخیص، به‌ویژه اختلال افسردگی اساسی<sup>2</sup> و اختلال شخصیت مرزی، وجود دارد (17). ابتلا به اختلال روانپزشکی به احتمال زیاد یک علت لازم برای اقدام به خودکشی است، ولی علت کافی نیست. بررسی نوجوانان بدون سابقه اختلال روانپزشکی که اقدام به خودکشی کرده بودند، نشان داده است بیشتر این نوجوانان پیش از اقدام به خودکشی، دچار مشکلات انطباقی مرتبط با قوانین اجتماعی یا خانوادگی بوده‌اند و عامل دوم در اختیار داشتن اسلحه گرم در خانه بوده است. همچنین نوجوانانی که خودکشی در آنها به مرگ منجر می‌شود، تکانشگری بیشتری دارند (18).

خودآسیب‌رسانی از نوع خودجرحی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی است (19). داشتن سابقه قبلی خودآسیب‌رسانی بدون خودکشی، ناامیدی، جنسیت مؤنث، سابقه قبلی اقدام به خودکشی، گرایش‌های همجنس‌گرایانه، ارزیابی منفی از خود، افکار خودکشی و کارکرد خانوادگی ضعیف از جمله عوامل خطر شناسایی شده در مطالعات طولی هستند (21-19). همین مطالعات سابقه قبلی اقدام به خودکشی، همجنس‌گرایی، ارزیابی منفی از خود، رابطه جنسی پیش از 15 سالگی، ناامیدی و ابتلا به اختلال‌های اضطرابی را پیش‌بینی‌کننده‌های خودآسیب‌رسانی از نوع خودجرحی گزارش کرده‌اند. شباهت زیادی میان پیش‌بینی‌کننده‌های هر دو رفتار وجود دارد و احتمال دارد که این دو رفتار ریشه‌های مشترکی داشته باشند. نتایج مطالعه

1- prevalence      2- major depressive disorder

نوجوانان تنها اقدام به خودکشی می‌کنند و هرگز رفتارهای خودآسیب‌رسانی انجام نمی‌دهند (21). برخی پژوهش‌ها نیز گزارش کرده‌اند خودآسیب‌رسانی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی است و بیشتر افراد خودآسیب‌رسان، یک یا بیش از یک بار سابقه اقدام به خودکشی دارند. در مجموع، 70 درصد نوجوانان خودآسیب‌رسان حداقل یک بار سابقه اقدام به خودکشی دارند و 55 درصد آنها به‌صورت مداوم و پیاپی اقدام به خودکشی می‌کنند (24). فراوانی اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)<sup>5</sup> و افسردگی اساسی<sup>6</sup> در نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی بیشتر از نوجوانان خودآسیب‌رسان است (26). در یک پژوهش سه گروه خودآسیب‌رسان همراه با اقدام به خودکشی، اقدام‌کننده به خودکشی و خودآسیب‌رسان با هم مقایسه شدند. یافته‌ها نشان داد افراد گروه اول بیشتر ملاک‌های تشخیص اختلال شخصیت مرزی را دارند. همچنین مشخص شد هرچه نشانه‌های مرتبط با ابهام درباره خویشتن بیشتر باشد، احتمال اقدام به خودکشی بیشتر است، در حالی که نشانه‌های مرتبط با اختلال در روابط میان‌فردی، احتمال خودآسیب‌رسانی را بیشتر می‌کند (27). همچنین بر اساس نتایج این پژوهش، فراوانی نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال شخصیت مرزی که سابقه خودآسیب‌رسانی متعدد دارند، بیشتر از افراد دچار اختلال شخصیت مرزی بدون سابقه خودآسیب‌رسانی است (27).

#### 5- مقایسه کارکردها و انگیزه‌های اقدام به خودکشی و خودآسیب‌رسانی

خودآسیب‌رسانی کارکردهای مختلفی دارد. تنظیم هیجانی، تلاش برای غلبه بر تکانه‌های خودکشی، حس‌جویی<sup>7</sup>، تنبیه خود، غلبه بر تجارب تجزیه‌ای، تأثیرگذاری روی دیگران، انتقام‌گیری و ابراز حس خودمختاری برخی از انگیزه‌های این رفتار هستند (28). نوجوانان خودآسیب‌رسان گروه ناهمگنی هستند و با انگیزه‌های مختلفی به خود آسیب می‌زنند. خودآسیبی در نوجوانان بزه‌کار و نوجوانان دارای سابقه اختلال‌های خلقی، کارکردهای مانند رهایی و تسکین هیجان‌های منفی، ابراز

روی نوجوانان افسرده نیز تأیید می‌کند که داشتن سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسانی از نوع خودجرحی و سوء مصرف الکل به همراه ادراک حمایت اجتماعی کم از سوی والدین، قوی‌ترین عواملی هستند که در یک دوره زمانی طولانی مدت اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کنند (22).

#### 3- مقایسه نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی با و بدون سابقه خودآسیب‌رسانی

فراوانی نشانه‌های افسردگی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>1</sup>، خشم، رفتارهای خطرجویانه و تکانشگری در نوجوانانی که همراه با اقدام به خودکشی، خودآسیب‌رسانی داشته‌اند، بیشتر از نوجوانانی است که فقط اقدام به خودکشی داشته‌اند (23). در بررسی 89 مورد خودآسیب‌رسانی از نوع خودجرحی در نوجوان مراجعه‌کننده به یک مرکز روانپزشکی در کشور آمریکا، گزارش شد که 62 درصد این نوجوانان ملاک‌های اختلال‌های برونی‌سازی<sup>2</sup>، 59 درصد ملاک‌های اختلال‌های درونی‌سازی<sup>3</sup> و 59 درصد ملاک‌های سوء مصرف مواد را باشند (24). نوجوانانی که سابقه هر دو رفتار خودآسیب‌رسانی از نوع خودجرحی و اقدام به خودکشی را دارند، نسبت به نوجوانان دارای سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسانی از نوع خودجرحی، اعتماد به نفس کمتری دارند، حمایت کمتری از جانب والدین ادراک می‌کنند و سطح افسرده‌خویی<sup>4</sup> و افکار خودکشی‌شان بیشتر است (23). در نوجوانانی که همزمان سابقه اقدام به خودکشی و خودجرحی دارند، فراوانی افکار مرتبط با خودآسیب‌رسانی بیشتر است و افکار مرتبط با خودآسیب‌رسانی در آنها کمتر از 30 دقیقه دوام دارد، در حالی که مدت تداوم افکار خودکشی بیشتر، ولی فراوانی آن کمتر است (25). نوجوانانی که سابقه هر دو رفتار خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی را دارند، از روش‌های بیشتر و شدیدتری برای آسیب به خود استفاده می‌کنند و درد کمتری را در زمان خودآسیب‌رسانی تجربه می‌کنند (23).

#### 4- ارتباط و افتراق اقدام به خودکشی از خودآسیب‌رسانی بدون خودکشی

درباره ارتباط خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد. برخی شواهد نشان داده‌اند گروهی از نوجوانان، تنها خودآسیب‌رسانی می‌کنند و هیچ‌گاه رفتار خودکشی نشان نمی‌دهند، در حالی که سایر

1- oppositional defiant disorder  
2- externalizing disorders  
3- internalizing disorders  
4- dysthymia  
5- posttraumatic stress disorder  
6- major depression  
7- sensation-seeking

عشق و ابراز قدرت دارد و در نوجوانان دارای سابقه آزار و اذیت و بدرفتاری در دوران کودکی، بیشترین کارکرد آن تسکین و رهایی از هیجان‌های منفی است (29). در یک پژوهش کیفی در کشور فنلاند، انگیزه‌های خودآسیب‌رسانی، شامل تجربه احساس زنده بودن، ابراز یک خواسته درونی، کمک‌طلبی، کنترل خود، تنبیه خود، تجربه کردن یک چیز جدید، انگیزه‌های شیطان‌پرستی، گذراندن زمان و آزمایش روشی برای کشتن خود بوده‌اند (30).

نوجوانان بزه‌کار و نوجوانان دارای سابقه اختلال‌های خلقی در تعریف خودآسیب‌رسانی بیشتر آن را به خودزنی نزدیک می‌دانند تا اقدام به خودکشی و برای متمایز کردن آن دو، هم بر روش و هم بر عوامل روان‌شناختی تأکید دارند: از نظر این نوجوانان قرص خوردن به تعداد زیاد، سیر شدن از خود، ناامیدی، به بن‌بست رسیدن و تنفر از خود با اقدام به خودکشی رابطه دارد، در حالی که تلاش برای آرام شدن، رهایی از عصبانیت و خالی کردن عقده‌های درونی با خودآسیب‌رسانی مرتبط است (29). براساس مدل تحلیل کارکردی رفتار<sup>1</sup> خودآسیب‌رسانی (31)، چهار انگیزه خودآسیب‌رسانی عبارتند از کسب تقویت مثبت درون‌روانی (مانند رهایی از حالات تجزیه‌ای و کمرختی)، کسب تقویت منفی درون‌روانی (مانند رهایی از تنش، اضطراب و حالت‌های ناخوشایند درون‌روانی)، کسب تقویت مثبت اجتماعی (مانند ابراز احساس قدرت به همسالان و همانندسازی با گروه همسالان) و کسب تقویت منفی اجتماعی (مانند رهایی از شرّ همسالان قلدر). در نوجوانانی که انگیزه خودآسیب‌رسانی آنها درون‌روانی است، نسبت به نوجوانانی که انگیزه اجتماعی دارند، خطر اقدام به خودکشی، به‌ویژه وقتی تنها هستند، بیشتر است (32). بر پایه این یافته‌ها، به‌نظر می‌رسد نوجوانان برای خودآسیب‌رسانی نسبت به اقدام به خودکشی دلایل متنوع‌تری دارند و همین وضعیت در ناهمگنی ویژگی‌های نوجوانان خودآسیب‌رسان نقش دارد.

تنظیم هیجانی مهم‌ترین انگیزه‌ای است که برای خودآسیب‌رسانی، به‌ویژه از نوع خودجراحی آن، شناسایی شده است (28). اجتناب تجربه‌ای<sup>2</sup> (یعنی ناتوانی در شناسایی و بیان حالت‌های هیجانی - شناختی و به‌کارگیری روش‌هایی مانند سرکوب فکری برای کاهش فراوانی و شدت هیجان‌های منفی) یکی دیگر از کارکردهای شناخته‌شده خودآسیب‌رسانی است که در بطن خود دربردارنده نقایص تنظیم هیجانی است.

افرادی که سابقه خودآسیب‌رسانی بیشتری دارند، به احتمال بیشتری مرتکب سایر رفتارهای مرتبط با اجتناب تجربه‌ای، مانند سوء مصرف مواد، پرخوری و افکار خودکشی می‌شوند (33). بر پایه مدل تنظیم هیجانی (34)، خودآسیب‌رسانی تکرارشونده هم‌خانواده رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد، پرخوری و افکار خودکشی است.

رهایی از درد روانی و کمک‌خواهی شناخته‌شده‌ترین انگیزه‌های اقدام به خودکشی در بزرگسالان توصیف شده‌اند (35). میان انگیزه تنظیم هیجانی در خودآسیب‌رسانی و انگیزه رهایی از درد روانی ارتباط نزدیکی وجود دارد و می‌توان هر دو را به‌عنوان انگیزه تنظیم هیجانی دسته‌بندی کرد. عمده انگیزه‌های نوجوانان برای اقدام به خودکشی این موارد است: پی بردن به دوست داشته شدن از جانب دیگران، ابراز تنفر از خود و پیشگیری از وقایع منفی خانوادگی، مانند جدایی یا طلاق والدین. این انگیزه‌ها در خودآسیب‌رسانی هم وجود دارد، اما نوجوانان به خودآسیب‌رسانی بیشتر به‌عنوان یک شیوه مقابله با استرس‌ها می‌نگرند و کمتر برای آن انگیزه‌های اجتماعی قائل هستند (28، 36). به‌صورت کلی، انگیزه خودآسیب‌رسانی بازگشت به زندگی و غلبه بر مردن است، در حالی که انگیزه اقدام به خودکشی از بین بردن خود است (37). بر پایه یافته‌های پژوهشی این بخش، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اقدام به خودکشی و خودآسیب‌رسانی دو طبقه از یک نوع رفتار (رفتار مرتبط با خودکشی) هستند که با وجود تفاوت ظاهری در انگیزه زنده ماندن یا مردن، در انگیزه‌های زیربنایی‌تر، یعنی تنظیم هیجانی، مشترک هستند.

## 6- پژوهش‌های خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان ایرانی

تنها در یک پژوهش رفتارهای خودآسیب‌رسانی در نوجوانان دختر تهران بررسی شده بود. یافته‌ها نشان داد در نمونه 350 نفری دختران دوم و سوم دبیرستان، شیوع یک‌ساله رفتارهای خودآسیبی، شامل بریدن، سوزاندن، کتک زدن خود، کوبیدن سر به دیوار، فرو کردن سوزن در بدن، حکاکی روی بدن و زخم کردن پوست، 17 درصد بود و 11 درصد آنها بیش از یک بار در سال مرتکب این رفتارها شده بودند. در این پژوهش، احساس تنهایی و دلبستگی ناایمن پیش‌بینی‌کننده‌های رفتارهای خودآسیب‌رسان بودند (38). در

1- functional analysis of behavior

2- experiential avoidance

چهار پژوهش، موضوع خودکشی نوجوانان بررسی شده بود (39-42). در نوجوانان ایلامی، شیوع افکار شدید خودکشی 21/4 درصد و فراوانی سابقه اقدام به خودکشی 7 درصد گزارش شده است (39)، در حالی که شیوع افکار خودکشی در دختران مناطق پرخطر خودکشی در ایران، شامل کرمانشاه، ایلام و همدان، 7 درصد و شیوع اقدام به خودکشی در این مناطق 5 درصد برآورد شده است (40). عوامل خطری که در پژوهش‌های مرتبط با خودکشی نوجوانان در ایران به دست آمد، عبارت بودند از سابقه اختلال‌های روانپزشکی، داشتن سابقه اقدام به خودکشی در بستگان، فقدان افراد محبوب در زندگی، شروع زودهنگام رابطه با جنس مخالف، مشکلات تحصیلی، ترک تحصیل و اختلاف خانوادگی (39-42).

## بحث

در بیشتر پژوهش‌هایی که به صورت مقطعی یا طولی انجام شده است، خودآسیب‌رسانی به عنوان یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اقدام به خودکشی در نوجوانان شناسایی شده است. یافته‌های بررسی نظام‌مند حاضر حاکی از آن است که خطر و احتمال خودکشی در نوجوانان دارای سابقه خودآسیب‌رسانی بیشتر از نوجوانان عادی و نوجوانان دچار اختلال افسردگی است. تکانشگری، افسردگی، خشم، مشکلات جنسی، ناامیدی، سابقه آزار جسمی و جنسی در دوره کودکی و جنسیت مؤنث از عوامل خطر مشترک هر دو نوع رفتار در نوجوانان هستند. از نظر تشخیصی، شدت نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی بیشتر از نوجوانان دارای سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسانی است و وجود نشانه‌های همبود اختلال وسواسی-اجباری احتمال رفتار خودجرحی را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیشتر می‌کند. همچنین نشانه‌های متفاوتی از اختلال شخصیت مرزی خودآسیب‌رسانی را از اقدام به خودکشی متمایز می‌کند. نوجوانانی که مشکلات هویتی بیشتری دارند (نشانه‌های مرتبط با ابهام در خویشتن) به احتمال بیشتری اقدام به خودکشی می‌کنند و نوجوانانی که دچار مشکل در روابط میان‌فردی هستند، بیشتر رفتارهای خودآسیب‌رسانی دارند.

ارتباط و هم‌وقوعی خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی بر اساس مدل میان‌فردی خودکشی (43) و مدل تنظیم هیجانی

(34) قابل تبیین است. مدل میان‌فردی خودکشی سه عامل را بر اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ مؤثر دانسته است که عبارتند از ادراک سربار بودن، از دست دادن تعلقات اجتماعی و توانایی آسیب به خود. دو عامل اول انگیزه فرد برای خودکشی را نشان می‌دهد و عامل سوم احتمال عملی کردن افکار خودکشی را پیش‌بینی می‌کند. نوجوانانی که سابقه رفتارهای خودآسیب‌رسان دارند، به دلیل مواجهه با شرایط درد و بالا رفتن آستانه تحمل درد، در معرض خطر بالاتر برای اقدام به خودکشی هستند. بر اساس مدل تنظیم هیجانی، هر دو رفتار خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی تظاهراتی از ناتوانی در مهارت‌های پذیرش، تحمل تغییر هیجان‌ها و نوعی اجتناب از تجربه هیجان‌های منفی به شمار می‌آیند. بر این اساس، می‌توان هم‌وقوعی بالای رفتارهای خطرجویانه، پرخوری و سوء مصرف مواد را در نوجوانان خودآسیب‌رسان تبیین کرد. نوجوانان دارای سابقه خودآسیب‌رسانی بیشتر، مرتکب رفتارهای پرخطر، پرخاشگری و سوء مصرف مواد می‌شوند و این رفتارها با اجتناب تجربه‌ای و نقایص تنظیم هیجانی مرتبطند (33). اجتناب تجربه‌ای در بطن خود به مفهوم نقایص تنظیم هیجانی هم اشاره دارد. به بیان دیگر، علت اجتناب از تجربه هیجان‌های منفی، ناتوانی در استفاده و به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجانی است. هر دو رفتار خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی نتیجه نقص در تنظیم هیجان‌ها و نوعی راه حل اجتنابی به شمار می‌آیند و علت ارتباط این دو رفتار ممکن است به دلیل وجود این نقص مشترک باشد.

اولین پژوهش‌هایی که در حوزه افتراق خودآسیب‌رسانی از اقدام به خودکشی انجام شده است، روی دو موضوع انگیزه و روش تأکید داشته‌اند. از نظر روش، کشندگی روش‌های اقدام به خودکشی در نوجوانان شدیدتر و بیشتر از نوع خودمسموم‌سازی است، در حالی که خودآسیب‌رسانی در نوجوانان بیشتر به صورت خودزنی (بریدن بخش‌های مختلف بدن) است. انگیزه‌های متعددی برای خودآسیب‌رسانی شناسایی شده است. عوامل درون‌فردی<sup>1</sup> و میان‌فردی<sup>2</sup> در هر دو رفتار به عنوان انگیزه نقش دارند، اما انگیزه‌های میان‌فردی در نوجوانان بازمانده از اقدام به خودکشی بیشتر گزارش شده است. این در حالی است که نوجوانان خودآسیب‌رسان که انگیزه‌های درون‌فردی/خودمختارانه<sup>3</sup> دارند، در معرض خطر

1- intrapersonal  
3- automatic

2- interpersonal

بیشتر اقدام به خودکشی هستند. نقش عوامل درون‌فردی، به‌ویژه تنظیم هیجانی، در خودآسیب‌رسانی برجسته‌تر از اقدام به خودکشی است، به‌طوری‌که نوجوانان مرتکب خودآسیب‌رسانی تکرارشونده، آن را عملی سازگارانه در نظر می‌گیرند. شواهدی که نشان می‌دهند خودآسیب‌رسانی با آزادشدن اپیوئیدهای درون‌زا<sup>1</sup> (که ضد درد‌های طبیعی بدن هستند) همبستگی دارند (34)، تأییدکننده نقش انگیزه‌های تنظیم هیجانی در شروع و تداوم خودآسیب‌رسانی است. عوامل احتمالی دیگری که موجب می‌شوند نوجوانان به جای روش‌های سالم‌تر تنظیم هیجانی، از خودآسیب‌رسانی استفاده کنند، عبارتند از یادگیری اجتماعی، جدی گرفته شدن، میل به تنبیه خود و درونی‌سازی ناهشیارانه خودآسیب‌رسانی به‌عنوان جزیی از خویشتن (44). پژوهش‌های بعدی می‌توانند نقش این عوامل را در پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی یا اقدام به خودکشی بررسی کنند.

اطلاعات دقیقی درباره رفتارهای خودآسیب‌رسانی در نوجوانان ایرانی وجود ندارد، اما بررسی‌های پیشین انجام‌شده در فرهنگ‌های شرقی (11)، نتایج و عوامل خطر مشابه پژوهش‌های انجام‌شده روی نوجوانان غربی را گزارش کرده است. با این حال، بدیهی است این نتیجه‌گیری بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده از مرور منابع است و در این میان تعداد منابع ایرانی بسیار کم است. اگرچه این یافته‌ها به جمعیت نوجوانان ایرانی قابل تعمیم نیست، ممکن است در طراحی مطالعات در این زمینه کمک مؤثری کند.

خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی با وجود شباهت ظاهری و عوامل خطر مشترک، از نظر شدت نشانه‌ها، فراوانی، قرارگیری در طبقات تشخیصی مختلف و انگیزه‌ها با هم فرق دارند. از نظر کاربردی و بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت احتمال اقدام به خودکشی در نوجوانانی که به شکل‌های مختلف خودآسیب‌رسانی می‌کنند، بیشتر از نوجوانان عادی است و پیشگیری از خودکشی حتماً باید در برنامه درمان نوجوانان مرتکب خودآسیب‌رسانی در نظر گرفته شود. مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجانی ممکن است بر درمان نشانه‌های خودآسیب‌رسانی و کاهش احتمال اقدام به خودکشی در نوجوانان مؤثر باشد. همچنین با توجه به انگیزه‌های اختصاصی نوجوانان برای خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی، می‌توان درمان‌های ویژه فردی را برای آنها

طراحی کرد و روش‌های سازگارانه‌تری را برای تحقق آن انگیزه‌ها به نوجوانان آموزش داد.

ادبیات پژوهش در حوزه ارتباط و افتراق این دو رفتار نیازمند استفاده بیشتر از پژوهش‌های طولی و بررسی‌های کیفی است. در حال حاضر، بیشتر بررسی‌های انجام‌شده بر اساس پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های خودگزارشی است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات طولی عوامل مشترک و مسیرهای تحولی پدیدارکننده این رفتارها در دوره نوجوانی بررسی شود. همچنین درباره زیربناهای فیزیولوژیکی و علل زیستی آستانه بالای درد در نوجوانانی که از روش‌های خودجرحی یا خودسوزی برای آسیب به خود استفاده می‌کنند، می‌توان پژوهش‌های آزمایشی انجام داد. عدم دسترسی به آمار رفتارهای خودآسیب‌رسانی در نوجوانان ایرانی و محدود شدن منابع جست‌وجو به دو پایگاه اطلاعاتی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به تعداد کم و قدیمی بودن مطالعات این حوزه در ایران، به انجام پژوهش‌های بیشتری درباره شیوع واقعی اقدام به خودکشی، رفتارهای خودآسیب‌رسانی، عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده این رفتارها در نوجوانان ایرانی نیاز است. مقایسه اقدام به خودکشی با خودآسیب‌رسانی در نوجوانان ایرانی تا کنون در هیچ پژوهشی بررسی نشده است. بررسی ارتباط این دو رفتار ممکن است تصویر دقیق‌تری از رابطه این دو رفتار و پیشگیری از مرگ بر اثر خودکشی یا خودآسیب‌رسانی فراهم سازد.

[با به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

## منابع

- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS). [Internet]. New York: Center for Disease Control and Prevention; 2008. [Undated; 2013 June 5]. Available from: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>.
- Panaghi L, Ahmadabadi Z, Peiravi H, Abolmasoomi F. Suicide trend in university students during, 2003 to 2008. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2010; 16(2):87-98. [Persian]

1- endogenous opioids



3. Shaffer D, Jacobson C. Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder. (NSSI) as a DSM-V disorder. [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2009. [Undated; 2013 June 5]. Available from: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
4. Walsh BW. Treating self-injury: A practical guide. New York: Guilford Press; 2006.
5. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth Adolesc*. 2002; 31(1):67-77.
6. Madge N, Hewitt A, Hawton K, DeWilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the child & adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49(6):667-77.
7. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2007; 11(2):129-47.
8. Simeon E, Hollander E. Self-injurious behaviors, assessment and treatment. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2001.
8. Favazza A. Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1996.
9. Muehlenkamp J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry*. 2005; 75(2): 324-33.
10. Baetens I, Claes L, Onghena P, Muehlenkamp J, Grietens H, Onghena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Arch Suicide Res*. 2011; 15(1):56-67.
11. Tang J, Yu Y, Wu Y, Ma Y, Zhu H, Zhang P, et al. Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: A cross-section study. *PLoS One*, 2011; 6(4): 1790-9.
12. Muehlenkamp J, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non suicidal self-injury. *Arch Suicide Res*. 2007; 11(1):69-82.
13. Horesh N, Nachshoni T, Wolmer L, Toren P. A comparison of life events in suicidal and non-suicidal adolescents and young adults with major depression and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2009; 50(6):496-502.
14. Portzkyc G, DeWilde EJ, Van Heeringen C. Deliberate self-harm in young people: Differences in prevalence and risk factors between the Netherlands and Belgium. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 17(3):179-86.
15. Edgardh K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatr*. 2000; 89(3): 310-9.
16. Hollander M. Helping teen who cut. New York: Guilford press; 2008.
16. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*. 2000; 30(1):23-39.
17. Fleischmann A, Bertolote JM, Belfer M, Beautrais A. Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence. *Am J Orthopsychiatry*. 2005; 75(4):676-83.
18. Marttunen MJ, Henriksson MM, Isometsa ET, Heikkinen ME, Aro HM, Lonnqvist JK. Completed suicide among adolescents with no diagnosable psychiatric disorder. *J Adolesc*. 1998; 33(131):669-81.
19. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, et al. Suicide attempts and non suicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *J Am Academy Child psychiatry*. 2011; 50(8):772-81
20. Prinstein MJ, Nock MK, Simon V, Aikin JW, Cheah CSL, Spirito A. Longitudinal trajectories and predictors of suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(1): 92-103.
21. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, & Goodyear I. Clinical and Psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial. *Am J Psychiatry*, 2011; 168(5): 495-501.

22. Tuisku M, Pelkonen O, Kiviruusu L, Karlsson L, Strandholm T, Marttunen M. Factors associated with deliberate self-harm behavior among depressed adolescent outpatients. *J Adolesc.* 2009; 32(5):1125-36.
23. Brausch AM, Gutierrez PM. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *J Youth Adolesc.* 2010; 39(3):233-42.
24. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006; 144(1):65-72.
25. Nock MK, Prinstein MJ. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *J Abnorm Psychol.* 2009; 118(4): 816-27.
26. Jacobson CM, Muehlenkamp J, Miller AL, Turner JB. Psychiatric Impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychiatry.* 2008; 37(2):363-75.
27. Muehlenkamp J, Ertelt T, Miller AL, Claes L. Borderline personality symptoms differentiate non suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *J Child Psychol Psychiatry.* 2011; 52(2): 148-55.
28. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev.* 2007; 27(2): 226-39.
29. Khanipour H, Borjali A, Golzari M, Falsafinejad M, Hakim-Shushtari M. Self-harm in adolescents with delinquency and history of mood disorder: A qualitative research. *J Qual Res Health Sci.* 2013; 2(3):195-207. [Persian]
30. Rissanen ML, Kylma J, Laukkanen E. Descriptions of self-mutilation among finish adolescents: A qualitative descriptive inquiry. *Issues Ment Health Nurs.* 2008; 29(2):145-63.
31. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self mutilation behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2004; 72(5):885-90.
32. Glenn RC, Klonsky D. Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Pers Individ Dif.* 2009; 46(1):25-9.
33. Howe-Martin LS, Murrell AR, Guarnaccia CA. Repetitive non suicidal self-injury as experiential avoidance among a community sample of adolescents. *J Clin Psychol.* 2012; 68(7):809-28.
34. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther.* 2006; 44(3):371-94.
35. Williams JK. Suicide and attempted suicide and self-harm. London: Penguin book; 1997.
36. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for deliberate self-harm: Comparison of Self-poisoners and self cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004; 43(1):80-7.
37. MacLaughlin C. Suicide-related behavior: Understanding, caring and therapeutic responses. New York: John Wiley & Sons; 2008.
38. Peyvastegar M. Prevalence of deliberate self harm and correlation with loneliness and attachment style in girl's students. *Psychol Stud.* 2013; 9(3):30-51. [Persian]
39. Hemmati N, Daneshamooz B, Panaghi L. Frequency of suicide thoughts in high school student in Ilam Province. *New Cogn Sci.* 2003; 6(1):79-86. [Persian]
40. Mohammadkhani P. Epidemiology of suicidal thought and suicide attempt in girls in high risk region of Iran. *Sci J Soc Welfare.* 2003; 4(14):157-73. [Persian]
41. Mehrabi H, Sheikh Darani H. The role of effective factors on suicidal tendency in female high school students. *Knowl Res Appl Psychol.* 2013; 14(3):91-100. [Persian]
42. Najafi F, Ahmadi-Jooybari T, Moradinazar M, Izadi N. Causes and factors related to deliberate poisoning in 15 to 20 years youth: one case center study with 321 patients. *Sci J Forensic Med.* 2012; 18(1):33-8. [Persian]
43. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2005.
44. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insight in to the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci.* 2009; 18(2):78-83.

## Review Article

# Comparison of Self-harm and Suicide Attempt in Adolescents: A Systematic Review

### Abstract

**Objectives:** The purpose of this paper was to systematically review current researches about self-harm and suicide attempt in adolescents. **Method:** Keywords of “suicide attempt”, “nonsuicidal self-injury” (NSSI), “self-harm”, and “deliberate self-harm” (DSH) were searched through PsycINFO and PubMed. The SID and Mental Health Research Network (MHRN) databases were also searched for domestic resources. Of 120 collected English articles, and after eliminating the irrelevant, 30 articles were selected based on the study design, the sampling methods, and the goals of the study. The Persian articles were studied separately. **Results:** Suicide attempt could be predicted by severity of self-harm. There exists many common risk factors for self-harm and suicide attempt. Symptoms of depression, the frequency of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in adolescents with history of suicide attempt are greater than that of adolescents with history of self-harm. Difficulties in regulating emotions and reduction of fear of death which are gained through repetition of self-harm were two factors explained relationship between self-harm and suicide attempt. **Conclusion:** It seems that the difference between self-harm and suicide attempt is quantitative, but reasons for self-harm was differ from suicide attempt.

**Key words:** *self-harm; suicide attempt; adolescents; systematic review*

[Received: 16 December 2012; Accepted: 10 April 2013]

**Mitra Hakim Shooshtari<sup>a</sup>, Hamid Khanipour\***

\* Corresponding author: Allame Tabatabaee University, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-22180045

E-mail: [khanipur.hamid@gmail.com](mailto:khanipur.hamid@gmail.com)

<sup>a</sup> Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.